○○病院　御中 報告日：　　　年　　月　　日

服薬情報提供書（ゼローダ）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 処方薬の情報 |
| 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）、およびそれに対する指導に関する情報  【内服状況】飲めなかった日があった（＿＿日分）　　飲み忘れなく服用できている  【服用サイクル】＿＿＿＿日服用＿＿＿＿日休薬 |
| 患者の訴え、（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報  【手足症候群】痛み無し　痛み有、又は日常生活に支障有(Grade2）  割れ　 乾燥　 出血　 水疱  【下痢】無し　差支え無　普段より4回以上排便が多い(Grade2）  【口内炎】無し　　　　　　　日常生活に支障有(Grade2）  　※差支え無とは症状は有るものの気にならない程度の事をさす |
| 症状等に関する家族、介護者等からの情報 |
| 薬剤に関する提案 |
| 薬剤師からみた本情報提供の必要性 |
| その他特記すべき事項（薬剤保管状況等） |